

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 56

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PHLEGMONS PÉRINÉPHRÉTIQUES BILATÉRAUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 19 décembre 1929

PAR

Joseph-André-Alphonse MANCIET

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à VILLENEUVE-DE-MARSAN (Landes), le 21 septembre 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 56

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PHLEGMONS PÉRINÉPHRÉTIQUES BILATÉRAUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 19 décembre 1929

PAR

Joseph-André-Alphonse MANCIET

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à VILLENEUVE-DE-MARSAN (Landes), le 21 septembre 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	MAURIAC.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie ..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants ..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Potauique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie ..	SELLIER.
Bharmacie	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	PAPIN.
Histologie	LACOSTE.	id.	JEANNENEY.
Anatomie pathologique	MURATET.	id.	CHARBIER.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale	CREYX.	Obstétrique	PERY.
id.	N.	id.	N.
id.	AUBERTIN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	PIÉCHAUD.	Pharmacie	GOLSE.
Maladies mentales	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	N.
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac. .	N.
Accouchements	PERY.	Pharmacie chimique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PERE ET A MA MERE

Faible témoignage de ma profonde affection et de mon infinie reconnaissance.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES NIECES

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGÈRE

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 2^e CLASSE MIRGUET

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

Ce n'est pas sans une certaine tristesse que nous voyons se terminer aujourd'hui notre vie d'étudiant. Nous garderons un souvenir exquis de ce temps tout rempli d'imprévu et où le travail même fut facilité par nos excellents maîtres, qui ne nous ménagèrent ni leur science, ni leurs conseils; à tous nos professeurs nous sommes heureux de dire ici notre gratitude.

Que notre maître, M. le Professeur Duvergey, qui nous a inspiré ce travail et guidé dans son accomplissement, nous permette de lui exprimer notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Que M. le Professeur Charbonnel veuille bien agréer nos remerciements; il nous a fourni des documents très utiles pour la composition de ce travail et nous a donné des conseils qui nous furent très profitables.

Nous n'oublions pas notre oncle, le Docteur Camille Chabannes, directeur du sanatorium maritime de Saint-Trojan. Ses sages avis nous furent toujours précieux et nous l'assurons une fois de plus de notre profonde gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PHLEGMONS PÉRINÉPHRÉTIQUES

BILATÉRAUX

INTRODUCTION

Nous nous bornerons dans ce travail à étudier le double phlegmon périnéphrétique suppuré, affection rare assurément, mais point exceptionnelle puisque Mlle Champagne, en 1927, dans sa thèse de Paris, citait 17 cas où l'infection avait frappé à la fois les régions périrénales droite et gauche et que nous-mêmes avons recueilli 3 observations inédites, dues à l'obligeance de M. le Professeur Duvergey et de M. le Professeur Charbonnel.

En 1901, Hirtz, médecin de l'hôpital Laennec, publiait, dans le *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, un cas unique de double phlegmon périnéphrétique suppuré et M. Dupré, pour en expliquer la bilatéralité, émettait l'hypothèse de l'existence chez le malade d'un rein unique en fer

à cheval. En présence d'une anomalie clinique, ajoutait-il, il faut penser à une anomalie anatomique.

Point n'est besoin de recourir à semblable hypothèse; les données expérimentales et anatomiques vont nous permettre de saisir la pathogénie assez complexe de ces périnéphrites suppurées bilatérales.

ANATOMIE

Aussi avons-nous jugé utile de donner quelques précisions anatomiques sur cette zone périrénale, siège de l'infection.

Le rein est entouré d'une enveloppe cellulo-fibreuse ou fascia périrénal.

Nous savons qu'arrivé sur le bord externe du rein le fascia propria de Velpeau se dédouble en deux lames : une lame postérieure, feuillet rétro-rénal de Zuckerkandt et un feuillet antérieur ou feuillet pré-rénal, qui double le péritoine, passe en avant du rein, du hile et du pédicule rénal, puis en avant de la colonne vertébrale et des gros vaisseaux pour venir, au delà du plan médian, se continuer avec le feuillet correspondant du côté opposé. C'est là une communication réelle permettant aux deux loges de se réunir au-devant de la colonne vertébrale.

Quant au feuillet postérieur, il s'insinue entre le rein et le carré des lombes et va s'insérer sur les corps et disques vertébraux, immédiatement en dedans des insertions du psoas.

En haut, contrairement à ce que semblaient prouver les recherches de Sappey, les deux feuillets ne séparent pas le rein de la capsule surrénale, mais se réunissent au niveau du pôle supérieur de cette dernière et vont contracter de solides adhérences avec la face inférieure du diaphragme.

En bas, les deux feuillets ne se fusionnent pas; le feuillet antérieur continue à doubler le péritoine et le feuillet postérieur va se perdre dans le tissu cellulo-graisseux de la fosse iliaque.

Dans cette enveloppe, le rein est fixé par des éléments cellulo-conjonctifs emprisonnant dans leurs mailles des pelotons graisseux séparant la face profonde du fascia rénal de la capsule propre du rein.

Cette masse graisseuse prédomine en arrière et aux deux

extrémités du rein; au niveau du hile, elle constitue un noyau épais, mais fait presque défaut sur la face antérieure.

Au point de vue artériel, les artères capsulo-adipeuses, branches collatérales de l'artère rénale, la spermatique, les capsulaires moyennes et supérieures, les premières lombaires, la diaphragmatique inférieure et la mésentérique vont former le réseau artériel périrénal, et les communications entre la corticalité rénale et la capsule adipeuse ne sont guère représentées que par la terminaison de certaines artères intralobulaires, les artères perforantes.

Quant aux veines, les capsulo-adipeuses sont importantes à connaître à cause de leurs connexions avec les veines rénales proprement dites et avec les veines de voisinage, ces dernières bien connues depuis les travaux de Tuffier et Lejars.

Plus importantes à connaître sont les communications lymphatiques entre le rein et sa capsule adipeuse. Il existe dans celle-ci un riche réseau lymphatique que Stahr avait décrit et dont les injections en série faites par Cunéo ont confirmé l'existence. De ce réseau partent des troncs allant aux ganglions lymphatiques, où aboutissent les collecteurs du rein lui-même et des troncs, qui perforent la capsule propre du rein pour s'anastomoser avec le réseau superficiel de la corticalité rénale, réseau signalé par Cruikshank, contesté par Ludwig et Kœlliker et, enfin, confirmé plus récemment par Cunéo. Ce dernier a décrit avec précision la terminaison des collecteurs du côté droit et du côté gauche et leur a assigné des territoires ganglionnaires distincts. Ce fait a son importance. Il arrive que les phlegmons évoluent à quelques jours d'intervalle et en des lieux identiques à droite et à gauche comme dans l'observation de Harzbecker (Obs. XVIII), nous pourrions alors imaginer que c'est par l'intermédiaire de ganglions communs aux lymphatiques droits et gauches que l'infection s'est propagée du rein malade au rein primitivement sain.

Les données anatomiques précédentes nous permettent de comprendre qu'une inflammation aiguë de la corticalité rénale puisse se transmettre à son atmosphère cellulo-graisseuse.

ETIOLOGIE

Toutes les suppurations, de quelque nature qu'elles soient, peuvent, gagnant de proche en proche, parvenir jusqu'à cette zone cellulo-graisseuse périrénale et y propager l'infection. Considérons, par exemple, l'observation de cette malade qui mourut d'une double périnéphrite consécutive à une cystite gangréneuse ; les microbes, de la vessie ont gagné l'enveloppe grasseuse du rein en suivant le tissu adipeux qui entoure l'uretère, et ceci d'autant plus facilement que les deux feuillets périrénaux ne se fusionnent pas, laissant communiquer librement les régions périnéphrétiques avec la fosse iliaque.

De même conçoit-on aisément qu'une affection rénale, lithiase, pyélonéphrite, même tuberculeuse, pyonéphrose, puisse être le point de départ d'un abcès périnéphrétique ; aussi rencontrerons-nous dans le pus de ces phlegmons les microbes les plus variés, pneumocoque, streptocoque, bacille d'Eberth, gonocoque, mais surtout colibacille et staphylocoque.

Le staphylocoque, en effet, semble avoir une affinité toute particulière pour cette région périrénale. Dans la plupart de nos observations, lorsque du moins le pus a été examiné, on y a découvert du staphylocoque doré ayant provoqué antérieurement un furoncle, un anthrax, un panaris, une angine, affections qui servirent de porte d'entrée au microbe.

Comment, de là, les microbes gagnent-ils l'enveloppe cellulo-graisseuse du rein ? Nous nous en occuperons tout à l'heure, mais nous voulons signaler l'importance du traumatisme qui favorise cette localisation de l'infection. Avec ou sans corps étranger, le traumatisme amène la formation d'un

hématome sus-capsulaire que le moindre apport microbien fait suppurer. Ce n'est là, d'ailleurs, qu'une cause favorisante, et nous verrons bientôt que le staphylocoque se charge à lui seul d'endommager les cellules rénales et de faire du rein un excellent milieu de culture

PATHOGENIE

Avant d'étudier la pathogénie de ces phlegmons périnéphrétiques bilatéraux, il importe de distinguer ceux d'entre eux évoluant comme complication d'une affection déjà diagnostiquée pyélonéphrite, cystite gangréneuse, périecyste où l'infection, ainsi que nous l'avons vu dans le précédent chapitre, se propage par continuité à travers le tissu adipeux de la fosse iliaque jusqu'aux atmosphères cellulo-graisseuses périrénales, et ces phlegmons, autrefois dits primitifs parce que survenant chez des individus jusqu'alors en apparence bien portants, et que le Professeur Lecène appelle périnéphrites suppurées métastatiques. Sous cette appellation il réunit les cas de suppurations localisées à l'atmosphère grasseuse périrénale au cours d'une septicémie latente

C'est qu'en effet, si nous considérons les observations citées plus loin, nous trouvons presque toujours trace d'une infection antérieure, panaris, angine, furoncle, anthrax..., et il nous est facile d'admettre, connaissant l'anatomie de la région, que cette infection par voie sanguine et aussi par voie lymphatique ait pu gagner la couche cellulo-graisseuse qui entoure le rein.

La métastase peut se faire par embolie septique et directe dans la capsule périrénale, les expériences sur l'animal l'ont prouvé, mais le plus souvent, la voie est plus complexe et la périnéphrite résulte de lésions rénales intermédiaires. Gleisz et Bergent l'ont parfaitement démontré et nous empruntons à ce dernier les lignes suivantes :

« Les microbes s'accumulent au cours des bactériémies dans

la zone corticale du rein, en raison de l'importance de la masse sanguine qui traverse cet organe dont les artères sont terminales, en raison de la barrière que leur oppose le filtre rénal. Cette stase peut ne provoquer aucune lésion du rein; elle peut déterminer des lésions légères : néphrites ou abcès corticaux miliaires, parfois des lésions plus graves : néphrites intenses ou abcès volumineux... Quel que soit leur degré, les microbes arrêtés à ce niveau gagnent la capsule adipeuse pé-rirénale par voie sanguine, par voie lymphatique, par effraction, par propagation de proche en proche, et provoquant la formation d'un abcès dans ces tissus graisseux peu susceptibles de résister à l'infection. »

En effet, l'examen des urines donne la certitude de cette lésion rénale coexistant ou plutôt précédant le phlegmon péri-néphrétique. Mais il ne faut pas se contenter d'un examen grossier. Il faut pratiquer la séparation des urines lorsque la suppuration est unilatérale, puis rechercher alors le **taux** d'élimination de l'acide urique et, sur le culot de centrifugation, pratiquer des recherches cytologiques et bactériologiques. Baum, sur 7 cas, a découvert six fois des staphylocoques et Braash, sur 10 cas, a constaté dans les urines 8 fois des signes d'infection.

Ces auteurs vont jusqu'à prétendre qu'il y a là un signe de certitude pour le diagnostic supposé.

Nous connaissons d'autre part la résistance des cellules rénales à l'infection, mais nous savons aussi que le staphylocoque se suffit pour la provoquer. Koch pense que les premiers staphylocoques qui parviennent dans les reins agissent sur les cellules par leurs toxines, et les « suivants peuvent cultiver sur un terrain préalablement cultivé ».

L'action élective du staphylocoque sur le rein serait due à sa propriété de détruire l'urée en amenant la production d'ammoniaque, qui a une action nécrosante sur le tissu rénal.

Cette suppuration périrénale est le plus souvent unilatérale, mais, lorsqu'elle frappe les deux côtés, doit-on en conclure que l'ensemencement d'emblée des deux reins est la règle ?

Cette hypothèse nous semble tout à fait logique. Nous savons en effet que les deux loges rénales communiquent par l'intermédiaire du fascia périrénal, mais nous n'oublions pas que la substance cellulo-adipeuse manque entre la face profonde de ce fascia et la face antérieure du rein.

D'autre part, pendant un certain temps, le processus infectieux peut très bien s'arrêter au stade d'abcès corticaux du rein et ne contaminer que plus tard la région périrénale.

Nous croyons donc que ce n'est point par l'intermédiaire du tissu cellulo-graisseux infecté, ou par les lymphatiques qui aboutissent aux ganglions lombaires, que la suppuration s'étend d'une zone périnéphrétique à celle du côté opposé, mais que les deux reins ont étéensemencés simultanément et que, par la suite, chaque phlegmon a évolué pour son propre compte.

SYMPTOMATOLOGIE

Le phlegmon périnéphrétique est rarement d'emblée bilatéral, et même, dans ce cas, sa symptomatologie ne diffère guère de celle qu'il présente lorsqu'il reste localisé à une atmosphère cellulo-graisseuse périrénale.

Bilatéral ou simple, il est deux symptômes que nous relevons dans toutes nos observations : la fièvre et la douleur. « Pendant un temps variable de huit à quinze jours, dit Trousseau, les malades n'offrent comme symptômes que la douleur locale, la faiblesse générale et la fièvre avec paroxysme quotidien. » La courbe de la température n'est pas partout identique; parfois, mais rarement, elle se maintient en plateau aux environs de 39 degrés, tantôt elle décrit des oscillations à paroxysmes vespéraux avec ou sans frissons. La fièvre peut encore être insignifiante ou disparaître pendant une période plus ou moins longue pour réapparaître.

La douleur est encore un des signes les plus constants, mais est très variable dans son allure. Encore peut-elle être si fugace qu'on la laisse facilement passer inaperçue; nous rappellerons à ce sujet les observations de De Blasi et de Turner : les douleurs disparurent si vite qu'elles n'attirèrent nullement l'attention vers le rein, et, pour ce qui est de la malade dont Turner rapporte l'histoire dans *Medical Transactions*, le double phlegmon périrénal fut une trouvaille d'autopsie.

Lorsqu'elle existe, la douleur est tantôt brutale et violente, tantôt profonde, diffuse, paroxystique, s'irradiant dans les fesses, les cuisses, les organes génitaux, dans toute la sphère nerveuse des grands et petits abdomino-génitaux et génito-cru-ral. Ce sont ces irradiations qui, souvent, feront incriminer le

foie, l'appendice, le péritoine, et l'on s'égara vers des diagnostics abdominaux inexistants. Et ceci d'autant plus facilement que, parfois, la douleur aura son siège maximum dans une région éloignée du rein; l'hypocondre sera douloureux, et l'on songera à une cholécystite, à un abcès du foie, etc.

Normalement, cependant, le siège maximum de cette douleur est l'angle costo-vertébral, et ce sera parfois, au milieu d'une symptomatologie confuse de septicémie grave, le seul signe de localisation périrénale.

Quant aux autres signes que nous allons passer en revue, nous devons dire qu'ils sont très inconstants. On trouve parfois de l'empâtement lombaire, signe d'une importance capitale, mais se montrant tardivement, et difficile à rechercher à cause des violentes douleurs que ressent le malade à cette période avancée. Cet empâtement, parfois volumineux, peut produire alors un effacement de l'échancrure costo-iliaque, ainsi que nous l'avons vu dans cette observation de Jianu (Obs. XIX) et, quelquefois même, une voussure lombaire.

La rougeur de la peau et la fluctuation sont encore signalées dans les observations de Harzbecker et de Jianu (Obs. XVIII et XIX). Ce sont là des signes assez rares, qui ne peuvent guère se produire que lorsque l'abcès tend à évoluer en arrière vers la peau de la région lombaire.

Ces signes locaux au début donc tout à fait imprécis, sont accompagnés le plus souvent de signes généraux graves; ce sont des troubles digestifs avec vomissements parfois. Les malades ont un facies d'infecté, un malaise général, le tout accompagné d'un très rapide amaigrissement.

C'est justement ce mauvais état général, cette fièvre persistant après l'incision d'un abcès périnéphrétique qui doit faire songer à une autre suppuration et attirer l'attention du côté considéré primitivement comme sain.

Il faudra se méfier également des rémissions trompeuses que signale le Docteur Cathelin. Elles peuvent persister pendant des semaines, puis on voit la fièvre réapparaître, tandis que s'altère de plus en plus l'état général. Dans l'observation rap-

portée par le Docteur Hirtz, ce fut d'abord la région rénale droite qui se révéla douloureuse, avec un rein semblant augmenté de volume au palper bimanuel. Tout rentra dans l'ordre, tandis qu'évoluait un phlegmon périnéphrétique du côté gauche, puis, un mois plus tard, se produisit un réveil de l'infection, et ce fut le côté droit qui devint le siège de la suppuration.

ERREURS COUTUMIERES DE DIAGNOSTIC

Il est souvent très difficile de faire un diagnostic de phlegmon périnéphrétique, les signes physiques ne s'extériorisant pas. Dans les seules observations de Harzbecker et de Jianu (Obs. XVIII et XIX), nous trouvons signalées la rougeur de la peau et la fluctuation. La douleur si variable dans ses localisations nous égare vers des diagnostics abdominaux, abcès au foie, cholécystite, etc. si nous n'avons soin d'aller la rechercher soigneusement dans l'angle costo-vertébral. Mais l'erreur la plus fréquente, celle à laquelle on sera surtout exposé dans le cas de périnéphrite d'emblée bilatérale, sera de la confondre avec une fièvre typhoïde.

Ces malades présentent parfois un air d'asthénie si marqué que l'on peut aisément les prendre pour des typhiques avec urines rares et décolorées. Notons encore que du côté des urines, si l'on s'en tient à un examen superficiel, nous ne trouvons généralement aucun signe d'une infection rénale. Aussi n'avons-nous pas été surpris de voir le Docteur Genty, de Lyon, signaler dernièrement l'entrée dans son service de cinq malades atteints de phlegmons périnéphrétiques et portant le diagnostic de dothiénenterie.

PRONOSTIC

Le pronostic est des plus sombres lorsque la bilatéralité s'installe d'emblée ou vient compliquer une affection d'un organe voisin. A ce sujet, rappelons les observations de Turner (Obs. XI), où la mort survint dans les trois jours qui suivirent l'éclosion des premiers symptômes et celle de M. le Professeur Duvergey où, malgré une incision précoce et l'amélioration très nette de la vessie, point de départ de l'infection, l'issue fatale ne put être évitée. Le foyer de suppuration étant très étendu, il se fait une telle décharge de toxines que l'organisme n'y peut résister.

Mais pour ces périnéphrites métastatiques évoluant en deux temps, le pronostic, quoique grave encore, dépend surtout de la précocité du traitement chirurgical, qui, si nous en jugeons d'après nos observations, nous permet dans la plupart des cas d'espérer la guérison.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUVERGEY.)

Phlegmon périnéphrétique bilatéral consécutif à un anthrax de la région dorsale.

M... (Pierre), âgé de 47 ans, jamais malade, présente un anthrax banal de la région dorsale large comme la paume de la main. Il est soigné par des pansements humides et des vaporisations légèrement phéniquées du 10 décembre 1926 au 19 janvier 1927. Vers le 25 janvier 1927, l'anthrax est en voie de cicatrisation, lorsque le malade fait de nouveau de la température montant tous les soirs à 38° 5; le 5 février, il commence à se plaindre de la région lombaire droite avec un état général fatigué : anorexie, langue sale; la température oscille entre 38° 5 et 39 degrés. Le 20 février 1927, je vois le malade qui se plaint toujours de la région lombaire droite.

Celle-ci est le siège d'une voussure nette, d'un empatement profond avec œdème de la peau. Urines claires. Pas de signes urinaires. Le diagnostic de phlegmon périnéphrétique droit est porté. Le 24 février 1927, celui-ci est incisé par une incision lombaire; 250 grammes environ de pus sont évacués. Drainage. La température ne descend pas, l'état général déperit, le malade se plaint de la région lombaire gauche, qui est reconnue, le 10 mars 1927, empâtée comme la droite et incisée le 14 mars 1927. Second phlegmon périnéphrétique drainé. Quelques jours après, la température redevenait normale, l'état général meilleur et la guérison était obtenue complète en août 1927. Le pus des deux phlegmons renfermait du staphylocoque à l'état pur.

Il s'agissait d'un phlegmon périnéphrétique type postérieur, le rein étant repoussé en avant. Celui-ci n'a pas été exploré pendant l'opération.

Les urines ne présentaient aucun germe microbien.

OBSERVATION II. (Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUVERGEY.)

Phlegmon périnéphrétique double consécutif à une cystite gangréneuse.

Le 6 décembre 1921, entre à l'hôpital une femme de 21 ans dans un état alarmant. Quelques jours auparavant, elle avait ressenti une violente douleur dans le bas-ventre, en même temps qu'elle présentait de la rétention d'urine. Sondage malproprement fait probablement et on ne s'occupe plus de la malade, qui urine par regorgement une urine de plus en plus sale et nauséabonde.

A l'examen, facies de grande infection; pouls petit et rapide (140); vessie dilatée.

Un sondage retire 1/2 litre d'urine sale, nauséabonde, mélangée de gaz et de lambeaux sphacelés.

La palpation révèle alors une masse remontant jusqu'à l'ombilic, et, au toucher vaginal, on sent un col mou difficile à atteindre, tandis que bombe dans le cul-de-sac postérieur, une énorme masse au milieu de laquelle se perd l'utérus.

Le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine avec hématocele rétro-utérin compliqué d'une cystite gangréneuse, est porté. Opération d'urgence, la vessie gangrenée est ouverte et une colpotomie postérieure large est pratiquée. Elle donne issue à un liquide séro-purulent. Drainage, une sonde à demeure est placée dans la vessie.

Le lendemain la malade expulse un fœtus de 3 mois. Le 27 décembre une saillie des régions lombo-iliaques est constatée, surtout à droite. Lobotomie double qui donne issue à une grosse quantité de pus infecté. La malade meurt le 1^{er} janvier. L'autopsie montre les reins normaux et la vessie en partie restaurée.

OBSERVATION III (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur CHARBONNEL.)

Le 4 novembre 1921, nous sommes appelé auprès de M. X... que nous avons opéré, en juin de la même année, pour un gros anthrax de la nuque. L'incision, malgré 105 grammes de sucre par litre et 0 gr. 45 d'albumine avait été accompagnée et suivie de 3 injections de 3 centicubes chaque fois de bouillon de Delbet, sans réaction fâcheuses. Il était guéri dans les délais habituels (un mois et demi). Un autovaccin avait été préparé par MM. Bonnin et Piéchaud dans un but prophylactique. Mais M. X... n'avait pas voulu se le laisser injecter.

Il eut des furoncles assez gros en juillet; au début d'octobre, il fut pris de malaises (fièvre à 38 degrés), d'inappétence, et d'une douleur sourde, mal localisée dans le flanc droit. Il est vu par MM. Verger, Amozan et Leuret. Le diagnostic de phlegmon périnéphrétique est porté à la fin du mois, et, le 4 novembre, nous évacuons une grosse collection périrénale de pus très bien lié.

On prépare de nouveau un autovaccin, mais 2 piqûres seulement sont faites. La cicatrisation est complète en décembre.

Mais, au début de février 1929 (un mois et demi après), nouveaux malaises, température subfébrile, douleur du côté gauche.

Vers le 20 février, une voussure légère est constatée par le médecin traitant, qui, devant les douleurs devenues intolérables, fait le diagnostic de nouveau phlegmon, et nous ouvrons, le 22 février, une grosse collection de pus de même nature (staphylocoques), avec grosse infiltration du tissu cellulaire pariétal. La guérison se fait en un mois.

Depuis, M. X... a complètement repris. L'albumine a disparu des urines, le sucre est très peu abondant, 20 grammes environ par litre, et nous l'avons revu dernièrement (mars 1923) en excellent état.

OBSERVATION IV.

(Lécène, thèse de Mlle CHAMPAGNE, 1927, Paris.)

R..., 35 ans, présentait, depuis deux mois, une fièvre à oscillations entre 39 et 40 degrés le soir, 37 degrés le matin. Chute à

38 degrés le soir pendant quelques jours, puis de nouveau 39 degrés le soir.

Un laboratoire de la ville répond : paratyphoïde après hémoculture. Aucun symptôme intestinal, ni pulmonaire. Etat général relativement bon, malgré un amaigrissement et une certaine nervosité. A l'examen du malade, lors de la consultation, le diagnostic de double périnéphrète suppurée est évident. En effet, de chaque côté, sous la douzième côte, on découvre un empâtement avec œdème cutané et même une vague fluctuation profonde. Douleur très vive à la pression dans l'angle costo-vertébral. Le malade n'attire que peu l'attention sur ces douleurs qui sont surtout provoquées. Intervention le 21 janvier 1925 (éther léger). Deux incisions lombaires sont faites avec aspiration de pus (500 grammes à droite environ, autant à gauche. Pus à staphylocoques dorés (culture). Guérison en un mois, complète et durable.

OBSERVATION V.

(Lecène, thèse de Mlle CHAMPAGNE, Paris, 1927.)

X..., 30 ans, agent de police, fut blessé au pouce gauche, au cours d'une arrestation. Cicatrisation de la plaie en quelques jours. A la suite, apparition d'un état infectieux mal déterminé; température oscillant entre 37 degrés le matin et 39 degrés le soir; état général mauvais, grand amaigrissement. Lors de son entrée à l'hôpital, on apprend qu'il est traité depuis six semaines pour fièvre typhoïde.

A l'examen, on découvre une tuméfaction bilatérale au niveau de la région lombaire, particulièrement au niveau des triangles de Jean-Louis Petit; douleur intense à la pression. Le diagnostic de phlegmon périnéphrétique bilatéral paraît évident. Malgré l'état très précaire du malade, on tente l'intervention. Anesthésie légère à l'éther. Deux incisions lombaires sont pratiquées; évacuation de plusieurs centaines de grammes de pus tant à droite qu'à gauche. Drainage. Au réveil, le malade paraît peu shocké par l'intervention, mais décès quarante-huit heures après, dû à ce fait que l'admission du malade avait été décidée *in extremis*, et que celui-ci se trouvait trop gravement infecté par cette septicémie évoluant depuis six semaines.

Il y a tout lieu de penser que dans ce cas, l'agent causal de l'infection générale, localisée ultérieurement dans les deux loges péri-rénales, avait trouvé sa porte d'entrée au niveau de la plaie cutanée du pouce gauche.

OBSERVATION VI.

(HIRTZ, *Bulletin de la Société médicale, hôpitaux de Paris*, 1901.)

Dame de 42 ans, ayant comme antécédents un paludisme léger, contracte une angine, avec état général assez sérieux.

Quinze jours plus tard, température 39 degrés, frissons, vomissements, parfois selles diarrhéiques, traces d'albumine dans l'urine.

La région rénale droite est douloureuse et le rein semble augmenté de volume. On diagnostique état typhique. On prescrit régime lacté, enveloppement chauds. Cinq ou six jours après, région rénale gauche devient douloureuse; empatement autour du rein gauche. Etat général mauvais. On diagnostique un phlegmon périnéphrétique gauche, que l'on incise et d'où s'écoule 1 litre de pus.

La température tombe le soir de l'opération, mais remonte dès le lendemain. L'état général n'est pas meilleur. On examine la malade et on pense à un abcès secondaire du foie, ou à un phlegmon périnéphrétique du côté droit. On incise. Nouveau phlegmon périrénal et guérison quelques jours après.

OBSERVATION VII.

(Docteur MONDOR, thèse Mlle CHAMPAGNE, Paris, 1927.)

Mme B..., 30 ans, opérée, le 6 avril 1926, trois jours avant son accouchement, d'un volumineux furoncle d'une grande lèvre; accouchement 9 avril, trois jours plus tard température à 39 degrés. Curettage de l'utérus, température descend pendant 6 jours puis remonte. Le 28 avril, gros écoulement purulent par le col utérin. Fièvre reste élevée. Frissons, pâleur, polypnée, hémoculture négative. Point douloureux au-dessous de la 12^e côte gauche et, le 12 mai, signes de collection périnéphrétique gauche nets.

Incision d'un abcès susrénal, drainage. Pendant une semaine, l'état général s'améliore et la température baisse progressivement. Le 24 mai, la température remonte de nouveau, frissons, faciès de grande infection. Le 28 mai, intervention pour phlegmon périné-phrétique droit. Dans le pus, staphylocoques dorés, autovaccin, température baisse 18 jours après cette deuxième intervention. Guérison complète en juillet.

OBSERVATION VIII.

(Docteur FULTZ, de Vienne, *Münchener Medicinische Wochenschrift*, 1902.)

Homme de 42 ans, soigné depuis quelques jours pour influenza, douleurs passagères dans les muscles de la région vertébrale. Entre à l'hôpital au début de décembre 1901. Vers la fin du même mois, douleurs dans la région rénale gauche, examen des urines négatif, mais bientôt, tuméfaction lombaire gauche, incision, drainage. Après opération, température à 39 degrés, qui se maintient jusqu'au début de janvier, où douleurs et tuméfaction de la région rénale droite apparaissent. Opération, guérison complète.

OBSERVATION IX.

(NICOLICH, de Trieste.)

Homme de 38 ans, sans aucun antécédent morbide. En décembre 1904, il fut traité pour un très gros furoncle. Quelques jours plus tard, légers malaises et, le 28 janvier, il fait une pneumonie du lobe inférieur gauche. Il se forme 11 abcès sous-cutanés dans les aisselles, sur le ventre et sur le dos. Guérison rapide après incision. Le 26 février, douleur au rectum. Existence d'un abcès prostatique. Le 7 mars, présence d'une tuméfaction de la région rénale gauche. Le 8, opération. Abcès du pôle supérieur du rein gauche. Les jours suivants, suppuration persistante. Le malade est dans un état misérable. Le 28 mars, on diagnostique un abcès de la région rénale

droite, le 29 mars néphrotomie. Dès lors, la température baisse, état général s'améliore et guérison complète quelques jours après.

OBSERVATION X.

(BLASI, *Gazetta degli ospedali*, 1912.)

Un homme, en excellente santé, présente un jour un accès fébrile. 10 jours d'apyrexie, puis la fièvre réapparaît oscillant entre 37° 5 le matin et 39 degrés le soir. Vers le trentième jour, l'élévation de température n'est plus que de quelques dixièmes. Etat général mauvais. Splénomégalie non douloureuse, gros foie. Pas de gargouillement cæcal et jamais aucune douleur, sauf pendant deux jours où le malade se plaignit de son hypocondre gauche. Mais la température s'élève à nouveau et, un foyer de pleuro-pneumonie se précise. Résolution de la pneumonie le septième jour. Cependant, la température remonte à 40 degrés. On porte alors le diagnostic de fièvre typhoïde et, quelques jours après, celui de pyohémie. On constate des signes pulmonaires et on pratique une empyème en réséquant la neuvième côte. On voit que le pus vient à travers une boutonnière du diaphragme et l'on va sur le rein où l'on évacue par une incision lombaire un volumineux abcès périnéphrétique. Amélioration de quelques jours. Puis un autre abcès se forme du côté droit, lequel, est également incisé. Le pus à fusé à travers une boutonnière symétrique à celle du côté gauche.

OBSERVATION XI (TURNER, rapportée dans *Medical Transaction*,
vol. IV, p. 226.)

Une dame, mariée, âgée de 30 ans, très bien portante, fit une promenade à cheval de plusieurs heures, le 21 juin 18... Elle ressentit, à la suite, de la fatigue, et était en transpiration. En rentrant, elle resta assise pendant quelques temps dans une pièce dont la porte et les croisées étaient ouvertes, mais elle ne s'aperçut pas qu'elle en fût incommodée. Elle passa le reste du jour comme à l'ordinaire et, à

souper, mangea avec grand appétit du homard quoique, en général, cet aliment l'incommodât. Quelques heures plus tard, elle fut prise de douleurs abdominales et de vomissements. On lui administra un émétique, et, le lendemain matin, une potion purgative qui, n'agissant pas aussi vite qu'on le désirait, fut répétée et produisit alors d'abondantes évacuations intestinales. Dans la soirée, elle se dit tout à fait soulagée, ne se plaignit que d'une sensation de froid aux extrémités. Dans la nuit, elle éprouva de violentes douleurs au dos et aux lombes, en même temps un état de malaise. Le 23 juin, son anxiété était très accrue, extrémités devenues entièrement froides. On ne sentait plus de pulsation au poignet. Devant la crainte d'un danger immédiat, le médecin traitant demanda une consultation; mais la malade habitant à quelque distance de Londres, je ne pus la voir qu'entre une et deux heures de l'après-midi. Le 23 juin, je trouvai une malade oppressée, dans un état d'anxiété extrême, avec extrémités froides, sans pouls. Le facies était pâle, les traits tirés.

Les facultés intellectuelles intactes. Elle disait qu'elle ne souffrait pas. La palpation abdominale ne révélait ni tension ni dureté anormales. Elle m'assura qu'elle n'avait éprouvé ni douleur, ni difficulté en urinant et qu'elle n'avait pas non plus remarqué qu'il y eût une diminution dans la quantité des urines. Elle s'éteignit graduellement et mourut à 4 heures.

J'obtins la permission d'ouvrir le corps deux jours après la mort. Voici ce qu'on observa. Il y avait un peu de sérosité dans la cavité du thorax, mais les viscères qui y sont contenus étaient parfaitement sains. Dans l'abdomen, légères marques d'inflammation sur le grand épiploon. La partie du côlon en rapport avec le rein gauche était très enflammée. Le pancréas était enflammé dans toute sa substance. Enfin toute la substance adipeuse qui entourait les deux reins était enflammée et celle du rein droit en partie gangrenée. Tous les autres viscères étaient sains.

L'auteur de cette observation pense que l'inflammation et la gangrène du tissu cellulaire graisseux qui entoure les reins ont été l'affection primitive et que les altérations du pancréas et du côlon étaient consécutives.

OBSERVATION XII.

(COPE, *The British medical Journal*, oct. 1920.)

Soldat atteint d'une fièvre continue pendant un mois et traité pour entérite.

L'examen révèle une phlegmon périnéphrétique gauche, urines normales.

Opération qui améliore un peu le malade, mais la température subsiste. Mauvais état général.

Un mois plus tard, douleur dans l'hypocondre droit avec toux légère. On diagnostique abcès du foie.

On opère et on est amené jusqu'à la partie supérieure du rein, où on ouvre un abcès périnéphrétique droit.

Guérison.

OBSERVATION XIII.

(MAAS, de Berlin, *Zeitschrift für Urologische chirurgie*,
t. XII, fasc. 3, mars 1923.)

Soldat ayant eu, quinze jours auparavant, un furoncle de la nuque.

Depuis deux jours, frissons, température, sensation de tension du côté droit de l'abdomen.

Rien d'anormal dans les urines.

Quelques jours plus tard, apparition des mêmes symptômes du côté gauche.

Incision de deux phlegmons périnéphrétiques.

Guérison.

OBSERVATION XIV.

(ANDRÉ, *Bulletin de la Société française d'urologie*, nov. 1923.)

Malade ayant des douleurs lombaires depuis un mois.

Facies d'infecté, fièvre à 38° 5. Furoncles deux mois auparavant.

Les deux régions lombaires douloureuses et empâtées, urines troubles.

Incision de deux phlegmons périnéphrétiques.

Convalescence longue et effets salutaires du vaccin.

Guérison.

OBSERVATION XV.

(OKERBLAD, *Annals of surgery*, 1923, p. 762.)

Fièvre à type irrégulier et douleur dans la région lombaire gauche chez un individu ayant eu de nombreux abcès quelques jours auparavant.

Douleur très vive à la palpation.

Intervention pour phlegmon périnéphrétique gauche.

La température descend, puis remonte une dizaine de jours plus tard.

Sensibilité de la région lombaire droite, que l'on explore. Nouveau phlegmon.

La température redevient normale quinze jours après l'incision.

Guérison.

OBSERVATION XVI.

(SPELKENS, communication à la Société belge d'urologie,
26 nov. 1924.)

Femme de 52 ans ayant des douleurs lombaires accompagnées de température et de vomissements.

Contracture de l'hypocondre gauche.

Pollakiurie avec urines troubles contenant de nombreux globules de pus.

Intervention et ouverture d'un phlegmon périrénal; température tombe, état général s'améliore.

Quatre mois après, de nouveaux vomissements, urines sales. Contracture de l'hypocondre droit.

A la palpation on sent une tuméfaction sous-hépatique. Les urines se font de plus en plus rares.

Décès par urémie.

A l'autopsie, pyélonéphrite droite et gauche avec abcès périnéphrétique des deux côtés.

OBSERVATION XVII.

(HARBECKER, *Arch. für klinische Chirurgie*, vol. XCVIII, 1912.)

Jeune fille de 18 ans ayant comme antécédent un panaris du médius gauche traité dix mois auparavant. Depuis quelques jours, fièvre et douleurs qui se localisent dans la région rénale droite. La température monte à 40 degrés, et une ponction exploratrice dans la région la plus sensible à la palpation ramène du pus. Incision lombaire, et on ouvre un abcès situé au niveau du pôle inférieur du rein. La température baisse mais remonte bientôt, et au cours de l'examen on sent à la palpation du pôle inférieur du rein gauche une résistance légère peu douloureuse. Incision de l'abcès. Quelques jours plus tard, guérison.

OBSERVATION XVIII.

(HARBECKER, *Arch. für klinische Chirurgie*, vol. XCVII, fasc. IV.)

Homme de 34 ans, ayant eu, l'année précédente, un chancre syphilitique de la lèvre supérieure, présente à un moment donné des douleurs violentes sous le rebord costal dans la région lombaire droite avec frissons et fièvre. Quelques jours plus tard, tuméfaction rouge et douloureuse de la peau, fluctuation perceptible. Urines normales, incision, staphylocoques dans le pus. La température descend peu à peu. Deux mois plus tard, température remonte. Tuméfaction rouge et fluctuante dans la région lombaire gauche. Rien dans les urines. Incision, guérison.

OBSERVATION XIX.

(JIANU, de Bucarest, *Wiener klinische Rundschau*, fév. 1919.)

Homme de 27 ans, sans autre antécédent qu'un anthrax de la région lombaire. Deux semaines après, frissons, température, dou-

leurs lombaires à droite. Deux mois plus tard, entre à l'hôpital. Fosse lombaire droite comblée, tuméfaction fluctuante dans la région ilio-lombaire. Ponction, puis incision d'un phlegmon périnéphrétique droit. Légère amélioration le jour suivant. Mais température remonte, et apparaissent des douleurs dans la fosse lombaire gauche. Second phlegmon périnéphrétique. Incision. Guérison.

OBSERVATION XX.

(DELON et DUNET, *Journal d'urologie*, 1923.)

Femme de 54 ans ayant eu un furoncle de la tempe droite et un panaris anthracôïde de la face dorsale du médus gauche qui a mis deux mois à guérir. Trois mois plus tard, en pleine santé, elle ressent brusquement des douleurs vives dans la région lombaire gauche. Température reste en plateau entre 38 degrés et 39 degrés. Aucun trouble urinaire ni digestif, et deux mois après, apparaît une tuméfaction lombaire. On diagnostique une périnéphrite suppurée, que l'on opère. Grosse quantité de pus. Guérison. Plus d'un an après, douleurs au niveau de la région lombaire droite. Légère tuméfaction, palpation très douloureuse. On opère et on évacue une collection de 4 lit. de pus verdâtre, développée à la face antérieure du rein. Staphylocoques dorés dans le pus. On apprend, en interrogeant la malade, qu'elle a eu des furoncles à la région cervicale, deux mois avant l'évolution de ce second plegmon.

CONCLUSIONS

I. — La bilatéralité des phlegmons périnéphrétiques n'est donc point rarissime puisque nous avons pu en réunir 20 cas.

II. — Pour ce qui est de leur pathogénie :

a) S'ils évoluent comme complication d'une affection déjà diagnostiquée : cystite gangréneuse, péricystite, c'est que l'infection par continuité s'est propagée à travers le tissu adipeux de la fosse iliaque jusqu'aux atmosphères cellululo-graisseuses périrénales;

b) Mais si nous avons affaire à une double périnéphrite suppurée métastatique, les microbes ont ensemencé simultanément les deux reins, où ils ont formé des petits abcès sous-corticaux. De là, par voie lymphatique surtout, ils ont infecté les capsules adipeuses périrénales et, par la suite, chaque phlegmon a évolué pour son propre compte.

III. — Le diagnostic en est souvent très difficile, et si on ne voit pas la fièvre tomber, l'état général s'améliorer après l'incision d'un phlegmon périnéphrétique, il faut penser à la possibilité d'un autre foyer de suppuration et bien explorer ce côté qui, jusqu'alors, avait paru sain.

de la précocité de l'intervention. Il nous semble plus sombre

IV. — Quant au pronostic, il est grave et dépend beaucoup encore dans les cas où le double phlegmon périrénal est secondaire à une infection d'un organe voisin.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU : BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 9 décembre 1929.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

PHLEGMON PERINEPHRETIQUE

- ALBARRAN. — Pathogénie des périnéphrites suppurées. *Bulletin de la Soc. de biologie*, 1889.
- ALBERTI DI NAVI. — *Gazetta degli ospedali*, n° 103, septembre 1912.
- BARCELLA. — Le phlegmon périnéphrétique chez l'enfant. *Archives italiennes d'urologie*, 1925.
- BERGERET. — Le phlegmon périnéphrétique. *Presse Médicale*, 1919.
- BERNARD. — Les phlegmons périnéphrétiques observés dans la pratique courante. Diagnostic et traitement. *Archives de médecine et de pharmacie militaire*, juillet 1926, n° 1.
- BERNASCONI. — Phlegmon périnéphrétique et vaccinothérapie. Société de chirurgie d'Alger, séance du 17 janvier 1929.
- BINDI. — Rapport du furoncle avec la périnéphrite suppurée. *Gazetta degli ospedali*, 1906, n° 36.
- BOEMINGHAMS. — *Zeit f. urolog. chir.*, t. VII, n° 6, 1922, p. 181.
- BOQUEL. — Phlegmon périnéphrétique. *La science médicale pratique*, n° 15, 15 décembre 1928.
- BORDET (Francis). — La forme médicale du phlegmon périnéphrétique. *Journ. de méd. et de chir. à l'usage des médecins praticiens*, 25 avril 1927.
- CHAMPAGNE (M.). Les phlegmons périnéphrétiques bilatéraux. Thèse de Paris, 1927, Jouve, édit., 15, rue Racine.
- COPE (L.). — Abscess périnéphrétiques subaigus. *The British Medical Journal*, 1920.
- CLEISZ. — Les périnéphrites suppurées. Thèse de Paris, 1918-1919.
- CUNÉO. — Les lymphatiques du rein. Traité d'anatomie de Poirier.

- FILTZ. — Ein fall von doppeloitigen paranephretischen abcess Munch Med. Woch, 1902, p. 1654.
- GRESSET. — L'anthrax du rein. Thèse de Paris, 1920-1922.
- GUITERAS. — Étiologie et diagnostic du phlegmon périnéphrétique. *New York médical Journal*, 1906.
- HALLÉ. — Phlegmons périnéphrétiques. Thèse de Paris, 1863.
- HIROR. — *Bulletin Société médicale des hôpitaux*, Paris, 1901.
- JORDAN. — Les abcès périrénaux métastatiques. *Verhandlungen D. deutschen ges für chirurgie*, 1889.
- LAMBERT. — Les abcès du rein. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1907.
- LEGUEU. — Traité d'urologie. *Archives urologiques de la Clinique Necker*.
- LEMIERRE et KOURILSKY. — Trois cas de phlegmons périnéphrétiques. *La pratique médicale française*, novembre 1926, n° 11.
- MANGURRIA. — Le phlegmon périnéphrétique. *Revista Medica del Rosario*, 1918.
- MARION. — Comment reconnaître le phlegmon périnéphrétique. *Journal d'urologie*, 1925.
- MARSAN. — Infections urinaires secondaires à furonculose. Congrès français d'Urologie, 1922.
- MARTIN. — Phlegmon périnéphrétique chez l'enfant. *La Médecine*, octobre 1928.
- Le phlegmon périnéphrétique chez l'enfant. *Journ. des praticiens*, 28 novembre 1928.
- OKERBLAD. — The perinephretic problem. *The Journal of the American Association*, décembre 1924.
- PALASSE et BOYER. — Phlegmon périnéphrétique méconnu avec rein unique. Société nationale de médecine et des sciences médicales, séance du 12 juin 1929.
- PUTTERNANS. — Périnéphrites suppurées. *Annales polyclin. centrale de Bruxelles*, août 1913.
- RADESCU. — Un cas de phlegmon périnéphrétique bilatéral. *Revista medicala*, 1913, Bucarest.
- RAMON (Louis). — Le phlegmon périnéphrétique (Vigot Frères, édit

- REHN. — Diagnostic et opération précoce des suppurations métastatiques de la capsule du rein. *Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, mai 1911.
- RICHARDSON. — Une revue des cas de phlegmons périnéphrétiques opérés à l'Hôpital de Massachussets de 1899 à 1913.
- ROCHER (Louis). — Phlegmon périnéphrétique à contenu gazeux développé chez un enfant de 13 ans. Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 12 octobre 1903.
- SCHNITZLER. — Des processus métastatiques rénaux et périnéaux. *Wiener Medizinische Woch.*, Septembre 1913.
- TUFFIER. — La capsule adipeuse du rein. *Revue de chirurgie*, 1890.
— Les veines de la capsule adipeuse du rein. *Archives de Physiologie*, 1891.
- TURNER et ROSENSTEIN, cités par SENATOR. — Encyclopédie da Nothnagel.
- VERNE-HUNT. — Les abcès périnéphrétiques. *The Journal of the American Association*, 1924.
- VERNEUIL. — Abcès profonds consécutifs à anthrax et furoncles. Académie des sciences, séance de janvier, 1888.
- WEILL (P.-V.) et POLLET. — Abcès périnéphrétiques guéris par la vaccinothérapie. Société Médicale des hôpitaux, 1923.
- ZELLER. — Phlegmons périnéphrétiques. Thèse Lyon, 1895-1896.
- ZINN. — Rapports de la furonculose et des abcès périnéphrétiques. *Die therapie der Gegenwart*, avril 1912.

